

diagnóstico psiquiátrico, discapacidad intelectual y criterios de diagnóstico para trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad de aprendizaje / retraso mental (DC-LD)*

sally-ann cooper*, craig a. melville*, steward l. einfeld** ■ ■ ■

*university of glasgow (reino unido) ** university of new south wales (australia)

traducido por m^a aurora muñoz perez

resumen

Antecedentes: La clasificación de las psicopatologías a través de unos criterios de diagnóstico operacionalizados constituye uno de los componentes del proceso de evaluación psiquiátrica. La literatura anterior ha demostrado que existen limitaciones a la hora de utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) en adultos con discapacidad intelectual.

Método: Búsqueda bibliográfica a través de Medline y PsychLIT y búsqueda manual de revistas clave, identificadas en la literatura existente, que han sido revisadas por el Grupo de Trabajo de Desarrollo de los Criterios de Diagnóstico para Trastornos Psiquiátricos para su uso en Adultos con Discapacidad Intelectual/ Retraso Mental (DC-LD: *Diagnostic Criteria- Learning Disabilities*). En este artículo se incluyen los principales hallazgos. Esto, junto con el consenso de expertos condujo al desarrollo del DC-LD, un nuevo sistema de clasificación psiquiátrico diseñado específicamente para su uso con adultos con discapacidad intelectual. Los nuevos criterios de diagnóstico y clasificación dentro del DC-LD fueron dirigidos por 52 investigadores de campo que utilizaron 709 casos clínicos. La validez de la clasificación DC-LD se midió comparando los criterios que proporcionan el diagnóstico DC-LD y el estándar de la evaluación psiquiátrica de la discapacidad intelectual.

Resultados: En el 96,3% de los casos, el diagnóstico DC-LD concordaba en gran medida con el de la opinión clínica. Las pocas discrepancias se encontraron en un análisis muy detallado.

Conclusión: El DC-LD sitúa el efecto patoplástico de la discapacidad intelectual dentro de la psicopatología. Es de esperar que su uso mejore la práctica clínica y facilite la investigación, pero para determinar su utilidad y limitaciones debería realizarse un trabajo posterior.

Palabras clave: discapacidad intelectual, retraso mental, trastornos psiquiátricos, psicopatología, diagnóstico psiquiátrico, clasificación psiquiátrica.

summary

Background: Classification of psychopathology using operationalized diagnostic criteria is one component of psychiatric assessment. Previous literature has demonstrated that there are imitations in the International Classification of Diseases-10 (ICD-10) and the Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV) when used with adults with intellectual disabilities. **Methods:** A literature search using Medline, PsychLIT and hand searching of key journals identified the existing literature, which was reviewed by the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental retardation (DC-LD) Development Working Group. Key findings are integrated into this paper. This, together with expert consensus led to the development of DC-LD, a new psychiatric classificatory system devised specifically for use with adults with intellectual disabilities. The new diagnostic criteria and classification within DC-LD were piloted with 52 field investigators drawing on 709 clinical cases. Validity of DC-LD classification was measured by comparison between the criteria providing DC-LD diagnosis and the gold standard of learning disabilities psychiatric assessment.

Results: In 96,3% of cases, the DC-LD diagnosis was fully concordant with that of clinical opinion. The few discrepancies related to level of detail.

Conclusion: DC-LD accommodates the pathoplastic effect of intellectual disabilities on psychopathology. Its use will hopefully improve clinical practice and facilitate research, but further work to determine its usefulness and limitations is required.

Key words: intellectual disabilities, mental retardation, psychiatric disorders, psychopathology, psychiatric diagnosis, psychiatric classification.

1. introducción ■ ■ ■

Generalmente los sistemas de clasificación son categoriales o dimensionales; y ambos enfoques pueden ser complementarios. Las tomas de decisión clínica en psiquiatría tienden a adoptar un enfoque categorial. Sin embargo, algunos investigadores han hecho observaciones sobre las dificultades de la utilización en personas con discapacidad intelectual de los criterios de diagnóstico psiquiátrico diseñados para la población general. El objetivo de este artículo es describir el papel de los criterios de diagnóstico y clasificación en el contexto del proceso de diagnóstico psiquiátrico global. También informa sobre el proceso de desarrollo de los *Criterios de Diagnóstico para Trastornos Psiquiátricos en Adultos con Discapacidad Intelectual/ Retraso Mental* (DC-LD) (Royal College of Psychiatrists, 2001), y sobre los informes de juicios de campo del DC-LD. El DC-LD

es un nuevo sistema de clasificación que proporciona criterios de diagnóstico operacionalizados para trastornos psiquiátricos, diseñado para ser usado con adultos con discapacidad intelectual moderada o profunda. El DC-LD fue desarrollado con el objetivo de mejorar la práctica clínica y para facilitar la investigación.

2. el papel de la clasificación diagnóstica ■ ■ ■

Existen tres fases clave para el proceso de diagnóstico psiquiátrico:

1. medición de psicopatologías;
2. clasificación de psicopatologías utilizando los criterios de diagnóstico operacionalizados (diagnóstico descriptivo); y
3. determinación de etiologías del diagnóstico descriptivo (frecuentemente multifactorial), desde un marco de desarrollo biopsicosocial.

Junto con el proceso inicial de diagnóstico, sería importante continuar la revisión del mismo a medida que progresa el trabajo con el paciente. La clasificación diagnóstica es por lo tanto una parte integral de la evaluación psiquiátrica. Ruther & Gould (1985) han resumido en 10 los criterios que hay que seguir para una clasificación ideal de los trastornos psiquiátricos:

1. la clasificación debería basarse en datos empíricos (en lugar de conceptos), que necesitan ser definidos operacionalmente;
2. el objetivo debería consistir en clasificar los problemas y no a las personas;
3. la clasificación debería tener en cuenta los cambios del desarrollo;
4. la clasificación debería ser fiable;
5. la clasificación debería hacer una diferenciación clara de los trastornos;
6. debería proporcionar la cobertura adecuada de los problemas presentados;
7. las diferencias entre los trastornos deben reflejar diferencias en variables importantes, tales como la respuesta al tratamiento o la etiología;
8. el sistema debería tener una consistencia lógica, es decir, debería poseer un conjunto consistente de reglas de clasificación;
9. la clasificación debería ser relevante desde el punto de vista clínico; y
10. debería ser viable.

Este artículo pone de manifiesto las implicaciones de la necesidad de una clasificación de los trastornos psiquiátricos que se adecue al nivel de desarrollo (es decir, conseguir validez en su uso con adultos con discapacidad intelectual).

La utilidad del diagnóstico puede considerarse en términos de la contribución que éste hace a la atención clínica, a la provisión de servicios y a las investigaciones futuras. En relación con la atención clínica, seguir las tres fases de diagnóstico da como resultado una evalu-

ación exhaustiva y reduce omisiones importantes. Por ejemplo, separar la descripción de la etiología hace que se eviten creencias basadas en informaciones incompletas y proporciona una guía para la planificación del tratamiento y del pronóstico. El diagnóstico permite una forma de comunicación taquigrafada que otorga algo de significado. El uso de los términos de diagnóstico proporciona un significado para subrayar las necesidades clínicas de un individuo en particular. También proporciona una forma de describir las necesidades clínicas de una población de personas con discapacidad intelectual. Tal conocimiento epidemiológico resulta esencial para la planificación efectiva de los servicios psiquiátricos para personas con discapacidad intelectual que residen en un área geográfica determinada. Con respecto a la investigación, en la mayoría de los estudios psiquiátricos son importantes unos criterios de diagnóstico claros:

- para describir las tasas de incidencia y frecuencia;
- para comparar los resultados de los distintos juicios de tratamiento;
- para comparar los resultados de distintos tipos de intervenciones entre grupos; y
- para evaluar qué tipo de asociaciones pueden ser factores de predisposición o protectores para la enfermedad psiquiátrica, y por lo tanto también para estudiar los efectos de los factores modificadores para reducir el riesgo de trastornos psiquiátricos.

No todos aquellos que se relacionan con personas con discapacidad intelectual apoyan el proceso de clasificación diagnóstica. Mientras que algunos autores consideran que el diagnóstico etiqueta a las personas sin necesidad, y que esto contribuye al estigma, otros ponen en duda que la estigmatización sea el resultado del diagnóstico en sí mismo (Sushinsky & Werner, 1975; Reiss & Tren, 1984). Desde nuestro punto de vista, una taxonomía de calidad sería ventajosa

para las personas en términos de gestión clínica, investigación y planificación de servicios que superarían la desventaja de una estigmatización inapropiada. Sin embargo, no ha sido fácil conseguir una taxonomía válida de psicopatologías en personas con discapacidad intelectual (Einfeld & Aman, 1995). Sovner (1986) afirmó que "el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en adultos con retraso mental se ve severamente obstaculizado por la falta de unos criterios de diagnóstico que tengan en cuenta la presencia de discapacidades del desarrollo". Las razones de lo anterior pueden resumirse en las complejidades de la evaluación y las limitaciones para entender la relación entre la discapacidad intelectual y la psicopatología.

3. evaluación psiquiátrica ■ ■ ■

Dado que el diagnóstico es parte de la evaluación, resulta relevante considerar algunas cuestiones evaluativas específicas de esta población.

Reiss et al. (1982) acuñaron la frase "eclipse diagnóstico" para el fenómeno por el cual "algunos problemas emocionales que debilitan parecen ser menos importantes de lo que en realidad son, en el contexto de los efectos debilitadores del retraso mental" (Reiss, 1994). Numerosos estudios científicos han considerado la hipótesis de que la presencia de la discapacidad intelectual reduce la importancia diagnóstica de un problema conductual paralelo (Reiss et al., 1982; Reiss & Skyszko, 1983). Una revisión reciente de 12 estudios que examinan este efecto, llega a la conclusión de que se trata de un sesgo potente, aun cuando se requiere una mayor exploración de los mecanismos causales sobre lo que una investigación futura resultaría beneficiosa (Jopp & Keys, 2001). Esto es de considerable importancia para la persona con discapacidad intelectual, ya que el eclipse diagnóstico por parte de profesionales y cuidadores constituye un obstáculo adicional para que la persona

pueda acceder a un tratamiento adecuado. Un enfoque estructurado para la evaluación de psicopatologías puede ser útil para la prevención del eclipse.

Los historiales de los informadores son siempre una parte importante de cualquier evaluación psiquiátrica. Puede resultar difícil obtener las psicopatologías si una persona posee unas habilidades verbales limitadas con dificultades para describir experiencias emocionales internas. De ahí que el evaluador pueda depender en gran medida de la información proporcionada por el informador. Incluso las personas con discapacidad intelectual leve, si están enfermas desde el punto de vista psiquiátrico, es probable que experimenten ciertas dificultades a la hora de proporcionar un relato completo de sus experiencias y hechos, por ejemplo en lo relativo a secuencias temporales. Cuando la persona con discapacidad intelectual deja de vivir con sus padres, es muy probable que el informador pase a ser un cuidador contratado. La precisión de la información proporcionada por los cuidadores contratados dependerá de un cierto número de factores, por ejemplo del grado de conocimiento personal del cuidador sobre la persona con discapacidad intelectual y del tiempo que hace que le conoce; de cuánto tiempo pasan ambos juntos; del grado de adecuación de la transferencia de información entre los miembros del equipo de apoyo; del grado de experiencia y capacidad de observación del cuidador. La detección precisa de los síntomas dependerá de si se nota un *cambio* en la persona (para distinguir rasgos persistentes de estado). Un cuidador necesita, por lo tanto, ser consciente de la personalidad premórbida y de la presentación de la persona para poder describir los cambios que hayan tenido lugar. Esto puede presentar dificultades si la situación de atención de la persona ha sufrido cambios (algo que a veces ocurre como resultado de un problema psiquiátrico). Como consecuencia de esto, además de la charla con la persona con discapacidad intelectual, existe a

menudo una necesidad de que el profesional de la salud lleve a cabo la evaluación hablando con varios informadores para recoger suficiente información sobre el estado en curso de la persona en comparación con su estado premórbido.

Los cuidadores pueden ofrecer voluntariamente información sobre problemas que presentan los retos de gestión más relevantes. Por lo tanto, el profesional de la salud siempre debe realizar una evaluación completa de psicopatologías para situar la información en un contexto y para permitir que una precisión diagnóstica tenga lugar, por ejemplo si una persona desarrolla una enfermedad depresiva durante la cuál es físicamente agresiva hacia otros y hacia sí misma, estas conductas bien podrían ser las que el cuidador transmita espontáneamente al profesional de la salud. Puede que sea necesario preguntar específicamente por la aparición de unos síntomas como el aislamiento social, la pérdida de interés, la pérdida de habilidad y la tendencia al llanto, ya que éstos pueden presentar un reto de gestión menos inmediato o relevante para el cuidador. Reiss (1993) ha subrayado previamente la importancia de buscar modelos de síntomas (síntomas que se agrupan en grupos de diagnóstico), de identificar *el cambio* para indicar un síntoma y de reconocer las limitaciones de nuestros conocimientos.

Durante la charla con la persona con discapacidad intelectual, es necesario que las preguntas se hagan de una manera adecuada, utilizando el lenguaje y la comunicación adaptados a los niveles de habilidad de dicha persona. El profesional de la salud debe reconocer también la posibilidad de sugestión: la dirección de la entrevista puede por lo tanto distorsionar la psicopatología, por ejemplo, los delirios pueden no ser creencias "infranqueables", y la persona que sufre tristeza puede hablar de ello en ocasiones. (Sin embargo, los delirios o la tristeza de la persona reaparecerán si el evaluador deja, por el contrario, de persuadir a la persona). Es importante reconocer este

fenómeno y también tratar de minimizarlo, por ejemplo utilizando un ambiente confortable libre de interrupciones, realizando preguntas abiertas tanto como sea posible, parafraseando, repitiendo, clarificando y comprobando. Será necesario realizar preguntas directas y clarificar cuáles son las psicopatologías que están o no están presentes ya que, sin preguntas directas, podrían pasarse por alto algunas psicopatologías de importancia diagnóstica.

Se requiere precaución a la hora de evaluar la presencia de delirios y alucinaciones cuando una persona con discapacidad intelectual se queja sin justificación de que el personal o sus iguales están contra él/ella. Debería tenerse en cuenta que realmente estas personas son con frecuencia objeto de abusos de distinto tipo. Aparte de sensibilizar al paciente ante tales posibilidades, la discapacidad cognitiva puede hacer que a la persona le resulte difícil comprender lo que la otra persona está diciendo y malinterprete este hecho como una amenaza. Esta ansiedad puede subsanarse dándole una explicación y tranquilizándole. Otro hecho muy frecuente consiste en observar a la persona hablando en voz alta consigo mismo/a (soliloquio). Mientras que esto en ocasiones puede representar una alucinación, lo más común es que sea simplemente un "pensar en voz alta" socialmente inadecuado, particularmente sobre cuestiones de especial importancia para él/ella, por ejemplo repasar acontecimientos o revivir experiencias pasadas deliberadamente. Esto puede resultar socialmente inapropiado pero no es una alucinación. A veces es posible diferenciar el soliloquio de una alucinación observando si la persona establece una conversación tomando las dos partes de ésta, o mantiene monólogo (en contraposición a hablar como respuesta a la intervención de otra, supuesta, persona).

La frecuente falta de información inicial sobre el temperamento y el subestimar la influencia potencial de los acontecimientos vitales, especialmente los relaciona-

dos con una pérdida, pueden causar un impacto sobre los síntomas actuales. Claramente, la deficiencia de habilidades comunicativas reduce la capacidad del individuo para comunicar fenómenos cognitivos y emocionales, de tal modo que se requiere prestar particular atención, durante la evaluación, a las manifestaciones conductuales de depresión o ansiedad: a éstas se les concede una importancia especial en el DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001). Una descripción más detallada de estas cuestiones en la evaluación psiquiátrica de este tipo de población puede verse en Einfeld (1992).

La evaluación de psicopatologías también debe tener en cuenta el efecto que puede producir el nivel de desarrollo y las experiencias vitales previas sobre el contenido de la psicopatología. Sovner & DesNoyers Hurley (1986) y Sovner (1986) utilizaron el término descriptivo "enmascaramiento psicosocial" el cual describieron como uno de los cuatro efectos patoplásticos de la discapacidad intelectual sobre la presentación de la enfermedad psiquiátrica. Esto se refiere al contenido concreto/falta de imaginación en la presentación de los síntomas. Algunas formas anormales de pensamiento y percepción importantes pueden presentarse con una cualidad propia de la infancia, reflejando la edad mental de la persona y sus experiencias. A pesar de ello, las alucinaciones y delirios, por ejemplo, son casi siempre anormales e indicativas de una enfermedad psiquiátrica seria sin importar su contenido.

3. psicopatología y enfermedad psiquiátrica ■ ■ ■

Los términos "trastorno mental" o "trastorno psiquiátrico" pueden ser usados como términos generales para indicar la presencia de psicopatologías (síntomas, signos o rasgos anormales). Los conceptos de enfermedad psiquiátrica son más restringidos, estando cada enfermedad

psiquiátrica compuesta por un modelo de síntomas y signos. Einfeld y Aman (1995) propusieron la siguiente definición de psicopatología, que será la utilizada a lo largo de este artículo:

Cuando la conducta y las emociones son anormales en virtud de su desviación cualitativa o cuantitativa, y esto no puede ser explicado únicamente sobre la base de un retraso en el desarrollo, y causa una angustia significativa a la persona, a los cuidadores o a la comunidad, así como problemas añadidos importantes, entonces se les considera trastornados. Cuando la presentación clínica global de la persona muestra alguna evidencia de tales conductas y emociones trastornadas, entonces se considera a esa persona como trastornada desde el punto de vista psiquiátrico.

Ésta es una definición conceptual amplia que abarcaría una conducta única y significativa (por ejemplo episodio depresivo o esquizofrenia). Los factores de desarrollo pueden contribuir a la presentación, pero la presentación no puede ser explicada solamente a través de las discapacidades intelectuales de la persona. Por ejemplo, golpearse la cabeza puede ser considerado como una fase del desarrollo normal del niño. Sin embargo, esto mismo podría juzgarse como un trastorno psiquiátrico (con etiologías que contribuyen al desarrollo) cuando presenta dificultades en términos de problemas de aprendizaje, daños en el tejido, etc., para un adulto con una edad mental encuadrada en el marco de la discapacidad intelectual profunda.

La psicopatología es un rasgo de la enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, habría que destacar que algunos síntomas de la enfermedad psiquiátrica pueden consistir en la reducción de ciertas psicopatologías, por ejemplo un nivel reducido de agresión o destrucción física

o verbal, cuando éstos han sido conductas problema que se han manifestado como rasgos persistentes para la persona. Los trastornos del sueño (aumento o reducción del sueño) también pueden ser un síntoma de depresión. Esto puede conllevar que una persona con problemas de sueño manifestados como rasgos persistentes pueda dormir durante la noche si está deprimida, i.e. pudiendo aparentar así mostrar una mejora. Las variaciones en las pautas del sueño (aparentemente mejoradas) tienen una importancia diagnóstica, y requieren de tratamientos/intervenciones que dependen del panorama clínico general después de que se haya realizado una evaluación completa de todas las psicopatologías nuevas y persistentes, y no sólo de una o dos conductas específicas. Más comúnmente, una psicopatología existente se empeora debido a una enfermedad psiquiátrica superpuesta.

4. la clasificación y las limitaciones de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y del manual diagnóstico estadístico ■ ■ ■

Generalmente, los sistemas de clasificación son categoriales o dimensionales. Las ventajas y desventajas generales de estos acercamientos se consideran detalladamente en Cantwell y Rutter (1994). Aunque alguna psicopatología se considere principalmente dimensional, las decisiones clínicas tienden a ser categoriales. Einfeld & Aman (1995) describen un enfoque dimensional de la clasificación de las psicopatologías en la discapacidad intelectual. Cantwell y Rutter (1994) concluyen diciendo que la elección de un modelo de clasificación depende de la finalidad para la que éste se elija, implicando que estos enfoques son complementarios.

Al seguir el diagnóstico categorial, se considera parte de la evaluación (Fase 2 del proceso de diagnóstico) cumplir con unos criterios de diagnóstico específicos. Numerosos investigadores han hablado

previamente sobre las dificultades específicas y las dificultades conceptuales generales de los criterios de diagnóstico diseñados para la población general cuando éstos se aplican a una población con discapacidad intelectual. En efecto, Sturmey (1995a, 1995b) revisó la literatura anterior y llegó a la conclusión de que, mientras que los investigadores afirman que el amplio abanico de psicopatologías puede ser sufrido por adultos con discapacidad intelectual, y han tratado de utilizar los sistemas de diagnóstico DSM y CIE, todos menos uno introdujeron modificaciones. Las modificaciones tendían a ser *ad hoc* y no claramente operacionalizadas. Este ubicuo acercamiento de modificar los criterios llevó a Sturmey a concluir que deben existir serias limitaciones en la utilización de los criterios existentes, desarrollados para poblaciones generales, en personas con discapacidad intelectual. Algunos autores han sugerido que los criterios estándar pueden ser de utilidad para pacientes con un nivel muy leve de discapacidad intelectual (Clarke *et al.*, 1994; Cooray & Tyrer, 2000) y que estos criterios pierden su utilidad cuando se utilizan en pacientes con un grado más severo de discapacidad intelectual (Reid, 1983; Russel, 1985; Sovner, 1986; Sovner & DesNoyers Hurley, 1986; Bruinkinks *et al.*, 1988; Sovner & Lowry, 1990; Clarke *et al.*, 1994; Sturmey, 1995a; Cooper & Collacott, 1996; Sturmey, 1999; Clarke & Gomez, 1999; Einfeld & Tonge, 1999; Cooper & Bailey, 2001). En particular, la discusión se ha centrado en la necesidad de establecer unos equivalentes conductuales en lugar de unos síntomas basados en el lenguaje (Sovner & Lowry, 1990; Clarke & Gómez, 1999); en la dificultad de aplicar unos criterios de diagnóstico diseñados para poblaciones generales a la esquizofrenia y trastornos psicóticos (Reid, 1983; Skymanski, 1988; Clarke *et al.*, 1994); las incongruencias encontradas en los manuales DSM y CIE con respecto al uso de las categorías correspondientes a trastornos orgánicos, el estado de los fenotipos conductuales y las conductas problema (Matson, 1986; Clarke *et al.*, 1994;

Sturmey, 1999; Einfeld y Tonge, 1999); y la carencia de estudios de validez y fiabilidad de los criterios cuando éstos se utilizan en personas con discapacidad intelectual. Algunas de las limitaciones de los criterios CIE y DSM se discuten más adelante.

La subcategorización

Los criterios para la población general contienen numerosas subcategorizaciones. Por ejemplo, dentro de la sección "esquizofrenia y trastornos esquizotípicos y de delirio" de la *CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales y Conductuales: Criterios de Diagnóstico para la Investigación* (CIE-10: Organización Mundial de la Salud, 1993), existen 27 categorías con 10 especificadores adicionales que pueden ser usados, por ejemplo, para definir el curso del trastorno. Este enfoque puede resultar válido cuando se dispone de una información detallada y precisa sobre la psicopatología. Sin embargo, para personas con discapacidad intelectual en las que las habilidades de comunicación verbal pueden estar limitadas, la precisión de detalles (en la Etapa I del proceso de diagnóstico) puede ser cuestionable. La subclasificación extensiva carece de validez cuando existe una fiabilidad limitada a la hora de clasificar la psicopatología.

Elementos verbales, elementos intelectualmente complejos y nivel de desarrollo

Los criterios de diagnóstico diseñados para ser usados en la población general dependen en gran medida de los síntomas verbales, que pueden por lo general suscitarse fácilmente en ese tipo de población. Por ejemplo, en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª Ed. (DSM-IV) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), tres de los nueve posibles síntomas de la lista de un episodio depresivo necesitan de la comunicación verbal. Esta dependencia verbal impide la utilización de unos criterios diseñados para aquellos individuos cuyas habilidades comunicativas estén más limitadas, y ello ha conducido a

algunos investigadores a buscar equivalentes conductuales para elementos verbales.

Unido al punto mencionado arriba, encontramos que algunas de las categorías diseñadas para la población general dependen de ciertos elementos que requieren unas habilidades intelectuales muy sofisticadas, por ejemplo, los conceptos de distorsión de la imagen corporal, de culpa, de muerte y desesperación. Una comprensión amplia de conceptos como el de muerte o culpa puede requerir un nivel de desarrollo de aproximadamente 7 años para ser alcanzado. Aunque una persona con discapacidad intelectual profunda o grave continuará aprendiendo y desarrollándose a lo largo de toda su vida, nunca alcanzará esta edad mental. Como consecuencia de esto, nadie esperaría que estos síntomas se presentasen si la persona con discapacidad intelectual adquiriese una enfermedad psiquiátrica. En su lugar, aparecería un efecto patoplástico en el que la gravedad de la discapacidad intelectual de la persona afecta a la sintomatología y altera el modo en el que se manifiesta el trastorno psiquiátrico. Sovner y DesNoyers Hurley (1986) llamaron a este fenómeno "distorsión intelectual" si se presentaban los cuatro factores patoplásticos. La psicoplasticidad tiene como resultado que algunos síntomas no se presenten (por ejemplo la culpa), y que otros aparezcan frecuentemente, mientras no sean comunes en la población general, por ejemplo, agresión o exacerbación de otras conductas problema.

Sturmey (1995a) expone algunas consideraciones relacionadas con el nivel intelectual de una persona. El autor habla de los requisitos mínimos de la edad cronológica/mental incluidos en el DSM, por ejemplo los trastornos de la eliminación, los cuales describe cuando una presentación es inadecuada desde el punto de vista del desarrollo. Mientras que el autor señala que algunas conductas consideradas como patológicas pueden ser normales desde el punto de

vista del desarrollo para adultos con discapacidad intelectual, comenta que los modelos de desarrollo presentan limitaciones. Un ejemplo es la creencia de que el desarrollo de una persona con discapacidad intelectual es el mismo que el de una persona con una inteligencia dentro de la media, pero con retraso. Este puede no ser el caso, ya que el desarrollo puede no estar sujeto a un retraso sino que también puede ser diferente. Esto complicaría consecuentemente el juicio de lo que es "apropiado desde el punto de vista del desarrollo".

Trastornos orgánicos

Las categorías orgánicas dentro de la CIE-10 -Trastornos de la Personalidad y Conductuales y otros Trastornos Mentales causados por una Enfermedad, Daño o Disfunción Cerebral- parecen ser de poca ayuda cuando se trabaja con adultos con discapacidad intelectual. Podría interpretarse que las instrucciones sugieren que si la persona sufre un trastorno psiquiátrico junto a una epilepsia o quizá sólo una discapacidad intelectual, entonces debería utilizarse la categoría orgánica. Tal acercamiento llevaría a una evaluación incompleta y a un nihilismo terapéutico y de tratamiento. El entrenamiento psiquiátrico resalta la importancia de adoptar un acercamiento biopsicosocial y del desarrollo para entender el trastorno psiquiátrico, con tratamientos, intervenciones y apoyos elaborados con la información apropiada a través de esta comprensión de las etiologías. Aunque puede haber una causa claramente biológica para algunos trastornos psiquiátricos, algunos otros factores pueden también ser relevantes, por ejemplo, una persona puede presentar síntomas afectivos después de sufrir un daño grave en la cabeza, pero su presentación aún así puede ser alterada por una infección superpuesta del tracto urinario, por acontecimientos vitales múltiples, etc. La discapacidad intelectual o la epilepsia de la persona pueden deberse a un daño cerebral subyacente que las predispone para un trastorno psiquiátrico adicional,

aunque se podrían buscar otras causas que contribuyen al trastorno mental. Estas categorías de diagnóstico CIE-10 también sugieren que el factor orgánico debería estar temporalmente relacionado con la aparición del trastorno psiquiátrico y que el último debería resolverse con remisión del factor orgánico. Esto no puede ser naturalmente probado en el caso de la discapacidad intelectual o la epilepsia, y así su inclusión dentro de las categorías orgánicas resulta dudosa. La falta de claridad dentro de la CIE-10 con respecto al uso de estas categorías ha llevado a la confusión en la literatura existente, particularmente en relación con aquellos individuos con un trastorno psiquiátrico que puede formar parte de un fenotipo conductual, o con epilepsia adicional. Esto ha llevado a una falta de consistencia en el diagnóstico y a una dificultad a la hora de interpretar y comparar estudios.

Fenotipos conductuales

La investigación realizada para comprender los fenotipos conductuales asociados a causas genéticas específicas de discapacidad intelectual no es tarea fácil. Los criterios de diagnóstico diseñados para su uso en la población general no hacen referencia a la clasificación de estas situaciones. Los enfoques clasificatorios utilizados por los investigadores en este campo han sido diversos y confusos. Mientras que algunos trastornos parecen estar claramente asociados a la causa de la discapacidad intelectual de la persona, tales como la demencia y el síndrome de Down, no es seguro que una persona con síndrome de Down desarrolle una demencia. Resulta de ayuda considerar las Fases 2 y 3 del proceso de diagnóstico en este contexto. El enfoque proporcionado en el DC-LD permite describir los síndromes psiquiátricos y conductuales si éstos se presentan, y entonces se atribuyen etiológicamente si fuese apropiado a la causa de la discapacidad intelectual de la persona, junto con cualquier otra etiología relevante. Cuando la psicopatología es una parte

integral del síndrome de la discapacidad intelectual y una condición necesaria para realizar ese diagnóstico clínico, por ejemplo la sobrealimentación en el síndrome de Prader-Willi, la psicopatología no se registra como un trastorno adicional. Cuando no es necesaria la presencia de la psicopatología para realizar el diagnóstico del síndrome de discapacidad intelectual, incluso cuando se piensa que existe una asociación entre los dos, entonces cuando la psicopatología esté presente ésta se registra dentro del marco del DC-LD como un trastorno adicional, por ejemplo la psicosis afectiva etiológica al síndrome de Prader-Willi. Esto se parece al enfoque tomado para los fenotipos físicos, por ejemplo el defecto septal ventricular etiológico al síndrome de Down se registraría de este modo, debido a que éste se reconoce como un trastorno aparte, que no todas las personas con síndrome de Down padecen, aunque haya una asociación conocida. Estos puntos se tratan más ampliamente en Clarke (2003) en el artículo incluido en este suplemento dedicado al tema de los fenotipos psiquiátricos.

Las conductas problema

Las conductas problema son realizadas comúnmente por adultos con discapacidad intelectual y pueden constituir una fuente considerable de angustia para estas personas. Las conductas problema pueden poseer muchas etiologías, y los tratamientos adecuados, las intervenciones y los apoyos para una persona dependerán de los resultados de la evaluación. La CIE-10 adopta un enfoque confuso para la clasificación de las conductas problema. Algunas pueden ser codificadas en tres lugares diferentes en la CIE-10, sin instrucciones claras sobre cuál es el más adecuado.

La CIE-10 tampoco consigue distinguir entre las conductas problema secundarias y la enfermedad psiquiátrica (por ejemplo la agresión física puede ser un síntoma de depresión en una persona que normalmente no la padece), en oposición a los rasgos persistentes. Tal diferenciación

tiene unas implicaciones de tratamiento importantes.

Un acercamiento alternativo al seguido por la CIE-10 consiste en considerar una jerarquía clasificatoria. Éste es el enfoque que adopta el DC-LD que se describe más detalladamente en ese texto. El Eje III del DC-LD (trastornos psiquiátricos) se agrupa en niveles. Si una persona sufre una conducta problema, el enfoque de clasificación jerárquica requiere que el profesional tenga en consideración en primer lugar si la conducta problema es una parte integrante del nivel de discapacidad intelectual de la persona o de la causa de la discapacidad intelectual (que debe ser diferenciada de una conducta que, se piensa, está asociada a la causa de la discapacidad- como se dijo anteriormente bajo el título "Fenotipos conductuales"). Entonces, a cambio, el profesional debe considerar si la conducta problema es secundaria con relación a un trastorno generalizado del desarrollo, a una enfermedad psiquiátrica o a un trastorno de personalidad. Si no fuera así, el profesional registraría la conducta problema como tal dentro del Eje III nivel D. El profesional todavía necesitaría (como parte de la Fase 3 de diagnóstico) considerar cuáles de entre estas etiologías, la biológica, la psicológica, la social y la del desarrollo, pueden contribuir a la hora de elaborar el plan de cuidado más adecuado. Las conductas problema se consideran más detalladamente en el artículo de O'Brien (2003) incluido en este mismo suplemento.

La Figura 1 proporciona un ejemplo de hoja de registro que podría utilizarse para describir el diagnóstico y la etiología. Está basada en el contenido del DC-LD.

5. desarrollo del DC-LC y estudios de campo ■ ■ ■

El DC-LD fue desarrollado en un intento por encauzar algunas de las cuestiones presentadas anteriormente. El DC-LD presenta nuevos criterios de diagnóstico

para su uso en adultos con discapacidad intelectual. El ímpetu por desarrollar el DC-LD nació de un deseo de fomentar la estandarización diagnóstica en el trabajo de investigación, por el cuál podría darse un paso adelante para la utilización de un lenguaje de diagnóstico común, y por lo tanto permitir la comparación entre los hallazgos resultantes del estudio. Existía además un deseo de concienciar sobre las cuestiones de diagnóstico, y así trabajar hacia una práctica clínica de diagnóstico más estandarizada y mejorada.

El DC-LD utiliza la literatura existente y la experiencia y el conocimiento de los psiquiatras involucrados en la práctica clínica del Reino Unido y la República de Irlanda. Se consultó la base de datos electrónica PsychLIT en busca de artículos relevantes o capítulos de libros, utilizando las siguientes palabras clave: "trastornos mentales", "psico-diagnóstico", "tipologías de psico-diagnóstico", "evaluación psiquiátrica", "diagnósticos", "retraso mental" y "retrasado mental". Los resúmenes de los 200 artículos generados en esta búsqueda fueron examinados con detenimiento por profesionales involucrados en el tema del diagnóstico de los trastornos mentales en adultos con discapacidad intelectual. También se hizo una búsqueda en la base de datos Medline. Estas búsquedas se ciñeron a las revistas incluidas en estas bases. Además, se realizó una búsqueda manual para el período de los 10 últimos años de las siguientes revistas: *Journal of Intellectual Disability Research*, *British Journal of Developmental Disability*, *American Journal on Mental Retardation*, *Mental Retardation*, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *British Journal of Psychiatry*, *British Journal of Learning Disabilities*, *Psychological Medicine*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, *Psychiatric Bulletin* and *Irish Journal of Psychological Medicine*.

El Grupo de Trabajo del DC-LD desarrolló los criterios de diagnóstico, e involucró

a 52 investigadores en centros de Inglaterra, Irlanda del Norte, la República de Irlanda, Escocia y Gales. El Grupo adoptó un enfoque mixto basado en las pruebas, y de consenso pragmático para salvaguardar los huecos encontrados en la literatura existente. Los estudios de campo examinaban la validez de las categorías de diagnóstico contra el "estándar" del juicio clínico de los psiquiatras especializados en discapacidad intelectual; buscaban la identificación de las limitaciones de los criterios para cada paciente específico con el que se probaron; y analizaron los comentarios de consulta relacionados con la utilidad. Los estudios de campo de presentación clínica se llevaron a cabo sólo con pacientes que recibían cuidado psiquiátrico por sufrir una discapacidad de aprendizaje en el momento del ejercicio. Esto se hizo deliberadamente así para prevenir la repetición de un "trastorno no psiquiátrico", que probablemente coincidiría con un diagnóstico DC-LD de trastorno no psiquiátrico, pero que no ayudaría en la prueba de las categorías de diagnóstico.

Se les pidió a los investigadores de campo que proporcionaran los mejores diagnósticos clínicos en cada caso, basados en todos sus conocimientos disponibles sobre la persona en cuestión, para proporcionar luego un diagnóstico añadiéndolo a los criterios de las categorías de diagnóstico del DC-LD. Se les pidió también que indicasen si los criterios del DC-LD aportaban una descripción completa y precisa en cada caso y si encontraban limitaciones o imprecisiones. Además se les solicitó que hicieran un comentario sobre el marco global del DC-LD así como de cada una de las categorías.

Se aplicaron todos los criterios operacionalizados presentados en el Eje III del DC-LD, exceptuando la demencia en la enfermedad de Huntington, la reacción ante estrés agudo y el trastorno anancástico de la personalidad. Estos tres no se excluyeron de los estudios de campo; su omisión en los datos refleja su rareza en

la práctica clínica, no existiendo casos que identificar a pesar del gran número total de casos incluidos (709).

Los estudios de campo incluyeron el siguiente número de participantes que cumplían los criterios DC-LD: trastornos generalizados del desarrollo: 74; demencias: 15; delirio: 4; trastornos psicóticos no afectivos: 71; trastornos afectivos: 101; trastornos neuróticos y relativos al estrés: 52; trastornos en la alimentación: 14; trastornos hiperquinéticos: 9; trastornos de la personalidad: 39; y subtipos específicos de conductas problema (no se incluyen las categorías suplementarias para las conductas problema): 319. Otros trastornos CIE-10 se presentaron en 11 casos.

De los 709 casos clínicos incluidos en los estudios de campo, se consideró que 26 (3,7 %) no podían ser descritos adecuadamente por el DC-LD. Esto se debía a que el caso clínico no satisfacía todos los requisitos resumidos en las categorías DC-LD (por ejemplo, el diagnóstico del psiquiatra era "trastorno de la personalidad", pero la persona tenía menos de 21 años), o porque el psiquiatra consideraba que la categoría DC-LD no incluía el nivel de detalle adecuado para describir la presentación de la persona (por ejemplo, el diagnóstico del psiquiatra era "episodio afectivo mixto con síntomas catatónicos", mientras que la categoría DC-LD sería "episodio afectivo mixto", que permite un subclasificador de \pm síntomas psicóticos, pero no específicamente síntomas catatónicos), o porque no hay una categoría DC-LD correspondiente (por ejemplo, rasgos no psiquiátricos de fenotipos conductuales). La Figura 2 proporciona información de cada una de estas 26 personas. Adicionalmente, 11 personas (1,6 %) sufrían trastornos clínicos para los cuales los criterios de diagnóstico no están presentes en el DC-LD, pero para los que sí existen categorías y criterios relevantes y adecuados en la CIE-10 (a la que remite el DC-LD). La Figura 3 proporciona información sobre cada una de esas 11 personas. Por lo tanto existía un acuerdo

entre la opinión clínica y el diagnóstico DC-LD en el 96,3 % de los 709 casos clínicos. Los estudios de campo condujeron a cuatro modificaciones claves del DC-LD.

Varios de los investigadores de campo resaltaron la necesidad de distinguir entre el episodio depresivo \pm síntomas psicóticos. Esta distinción tiene unas implicaciones de tratamiento importantes, de tal manera que mientras el DC-LD en general trata de hacer desaparecer las categorías de diagnóstico, esta sección fue ampliada para añadir un dígito subclasificador opcional para el código del episodio depresivo. La misma opción de subclasificación fue añadida también a las categorías de episodio maniaco, episodio afectivo mixto y trastorno afectivo bipolar.

Varios investigadores de campo enfatizaron la importancia de poder registrar específicamente las conductas problema experimentadas a un nivel secundario por una persona que sufre un trastorno generalizado del desarrollo, una enfermedad psiquiátrica, un trastorno de la personalidad o una enfermedad física. El enfoque jerárquico del DC-LD analiza con detenimiento esta opción. Las razones más frecuentes dadas para sustentar esta necesidad de clasificación fueron la importancia de la planificación de servicios para la población (particularmente la relacionada con la gestión del riesgo) y la importancia de comprender una necesidad clínica del individuo que resulta relevante a la hora de presentar la información abreviada (por ejemplo, reuniones de revisión para la evaluación y tratamiento de servicios y camas). La frecuencia de aparición de este problema hizo que se añadiese la sección de "Categorías suplementarias-conductas problema causadas directamente por otros trastornos: III D 2.1 (x-x)- III D 2.4 (x-x)" a la versión original del DC-LD utilizada para los estudios de campo. Estas cuatro categorías no cuadran en la jerarquía global del DC-LD, pero son indicadas claramente como tales y su etiología se describe en el título. Esto permite evitar una confusión con las con-

ductas problema antiguas no causadas directamente por otro trastorno.

El texto del DC-LD utilizado para los estudios de campo describía la relación entre la CIE-10 y el DC-LD y la propuesta para su uso como textos complementarios. Se indicaba que si las categorías CIE-10 eran apropiadas, (si sus criterios describían adecuadamente la presentación de la persona) éstas debían ser utilizadas. Sin embargo, parece que algunos de los investigadores de campo pasaron esto por alto. De ahí que el modo en que se daban estas instrucciones fuese replanteado en la versión publicada del DC-LD, incluyendo entonces al final de cada sección DC-LD una lista de categorías CIE-10 que podían ser utilizadas (en lugar de las categorías DC-LD).

Los términos de referencia del Grupo de Trabajo de Desarrollo incluían el acercarse tanto como fuera posible a la terminología y principios de la CIE-10. La versión del DC-LD utilizada para los estudios de campo remitía a las categorías equivalentes más próximas de la CIE-10. La versión publicada, además, remitía si era posible a las categorías del DSM-IV. La observación de la CIE-10 condujo a ciertas restricciones inevitables en el desarrollo del DC-LD. Las clasificaciones proporcionadas para el "Eje II: causas de la discapacidad de aprendizaje" fueron tomadas directamente de la CIE-10. Esto ha sido ampliamente debatido, por ejemplo, la inclusión del síndrome de Smith-Magenis dentro de "Q 93.9: supresión autosómica, no especificada", y no en "Q 87.1: síndrome de malformaciones congénitas asociado a una estatura baja" (la categoría que incluye, por ejemplo, el síndrome de Prader-Willi).

Los estudios de campo y la consulta han demostrado la validez de los criterios DC-LD en comparación con la práctica clínica. Consideramos que esto significa una mejora sobre las limitaciones de la CIE-10 y el DSM-IV, de las que se habla en la literatura existente: sin embargo, la investigación y la aplicación clínica a lo largo del tiempo determinarán si éste es o no el

caso. La validez predictiva no se ha probado, y requiere un estudio más avanzado. Es necesario el desarrollo de una escala indicativa para generar los diagnósticos DC-LD, y en cuanto se disponga de una, deberían llevarse a cabo estudios de fiabilidad. Se dan más detalles de las diferentes categorías de diagnóstico y el DC-LD en los artículos dedicados a temas específicos, contenidos en este suplemento.

6. la estructura DC-LC ■ ■ ■

El DC-LD está indicado para su uso con adultos con discapacidad intelectual moderada o profunda, aunque puede resultar de utilidad para algunos adultos con un nivel de inteligencia límite o de déficit leve, dependiendo de las manifestaciones de la persona. Para otros adultos con discapacidad intelectual leve, la CIE-10 o el DSM-IV puede resultar más apropiada. El DC-LD no ha sido aplicado en niños con discapacidad intelectual, y se recomienda su uso sólo de manos de profesionales entrenados en diagnóstico clínico (lo mismo para la CIE-10 o el DSM-IV).

El DC-LD adopta un enfoque jerárquico. Los Ejes I y II hacen uso de las categorías CIE-10. Pide a los usuarios que identifiquen:

- la gravedad de la discapacidad intelectual de la persona (Eje I)
- la causa de la discapacidad intelectual de la persona (Eje II)
- la presencia de un trastorno psiquiátrico adicional (Eje III)
 - trastornos generalizados del desarrollo (Eje III nivel A)
 - enfermedad psiquiátrica (Eje III nivel B)
 - trastorno de la personalidad (Eje III nivel C)
 - conductas problema (Eje III nivel D)
 - otros trastornos (Eje III nivel E).

Los criterios dentro de las categorías están operacionalizados e incorporan nuestro conocimiento sobre los efectos patoplásticos de la discapacidad intelectual.

tual a la psicopatología. El texto proporciona instrucciones y detalles relacionados con el uso de la jerarquía. Se proporcionan tres anexos:

- síndromes de la discapacidad intelectual y fenotipos conductuales (Anexo I)
- otros capítulos además del V- otras condiciones médicas asociadas (Anexo II)
- capítulo XXI- factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Anexo III).

Se adjunta un ejemplo de hoja de registro que incluye factores descriptivos y etiológicos para los trastornos psiquiátricos y que proporciona un espacio para completar con información de tipo médico y demográfico (sin embargo, es probable que investigadores y médicos organicen el material de la manera que crean más conveniente para el propósito para el que éste ha sido recopilado). El DC-LD remite a los códigos CIE-10 y DSM-IV en la medida de lo posible, para permitir un trabajo complementario entre los manuales.

No todos los profesionales de este campo, las personas con discapacidad intelectual o las que les apoyan estarían de acuerdo en todos los aspectos del sistema DC-LD. Einfeld (2003) ha puesto en duda que la subdivisión del Eje III en los cinco niveles sea necesaria o lógica. Es más, Einfeld & Tonge (1999) defienden que no hay una distinción práctica o sustentable entre las conductas problema y la enfermedad psiquiátrica.

7. consideraciones futuras ■ ■ ■

La utilidad o no-utilidad del DC-LD sólo se comprobará a través de su uso. Existe una necesidad considerable de investigar en el futuro sobre el diagnóstico, y hallazgos futuros podrían aportar información para la versión modificada o mejorada. Un estudio sobre la validez pronóstica de las categorías DC-LD puede también aportar información o conocimientos sobre el uso del diagnóstico clínico. Los 10

criterios para la correcta clasificación descritos por Einfeld y Aman (1995) podrían ser utilizados como guía para futuras investigaciones.

Si se demostrase la utilidad de los criterios DC-LD, ya sea en el formato en curso o en un futuro formato revisado, el siguiente paso para habilitar la investigación consistiría en desarrollar escalas indicativas (listas de chequeo de psicopatologías) que generen las categorías de diagnóstico DC-LD. Por el momento, no existen escalas indicativas que alcancen plenamente este objetivo ya que la mayoría están limitadas al abanico de psicopatologías en ellas incluidas.

El desarrollo del DC-LD se dirigía primeramente al área de la enfermedad psiquiátrica y presentaba sus criterios iniciales en un área tan conflictiva como es la de las conductas problema. No se investigaron los trastornos psiquiátricos asociados a la epilepsia, los trastornos del sueño o la utilidad de los criterios de diagnóstico en curso para los trastornos generalizados del desarrollo. El trabajo tampoco cubría específicamente los trastornos psiquiátricos experimentados por niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Estas áreas se sugieren para futuras investigaciones y para el desarrollo de una opinión consensuada.

A medida que mejoran nuestro conocimiento y comprensión sobre los problemas de comportamiento, los fenotipos conductuales y la interacción entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y del desarrollo, puede que en el futuro lleguemos a alcanzar una posición que nos permita mejorar las bases etiológicas de nuestro marco diagnóstico. Mientras, será interesante comprobar si el DC-LD proporciona o no una función útil.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.

Bruininks R. H., Hill B. K. & Morreau L. E. (1988). Prevalence and implications of maladaptive behaviour and dual diagnosis in residential and other service programs. In: *Mental Retardation and Mental Health: Classification, Diagnosis, Treatment, Services* (eds J. A. Stark, F. J. Menolascino, M. H. Alborelli & V. C. Gray), pp. 3-29. Springer-Verlag, Berlin.

Cantwell D. & Rutter M. (1994). Classification. In: *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, 3rd edn (eds M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov), pp. 3-21. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Clarke D. J. (2003). DC-LD and psychiatric phenotypes. *Journal of Intellectual Disability Research* 47(Suppl. 1), 000-000.

Clarke D. J., Cumella S., Corbett J., Baxter M., Langton J., Prasher V., Roy A., Roy M. & Thinn K. (1994). Use of ICD-IO research diagnostic criteria to categorise psychiatric and behavioural abnormalities among people with

learning disabilities: the West Midlands field trial. *Mental Handicap Research* 7, 273-85.

Clarke D. J. & Gomez G. A. (1999). Utility of modified DCR-10 criteria in the diagnosis of depression associated with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 43, 413-20.

Cooper S.-A. & Bailey N. (2001). Psychiatric disorders amongst adults with learning disabilities - prevalence and relationship to ability level. *Irish Journal of Psychological Medicine* 18, 45-53.

Cooper S.-A. & Collacott R. A. (1996). Depressive episodes in adults with learning disabilities. *Irish Journal of Psychological Medicine* 13, 105-13.

Cooray S. E. & Tyrer P. (2000). Utility of an ICD-10/ DSM-IV multi-axial classificatory system for people with developmental disabilities. *NADD International Congress IV: Best Practices in Dual Diagnosis* 114-19.

Einfeld S. L. (1992). Clinical assessment of psychiatric symptoms in mentally retarded individuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 26, 48-63.

Einfeld S. L. (2003). Review of Royal

College of Psychiatrists (2001) DC-LD [Diagnostic Criteria For Psychiatric Disorders For Use With Adults With Learning Disabilities/ Mental Retardation]. *Journal of Intellectual Disability Research* 47(Suppl. 1), 000-000.

Einfeld S. L. & Aman M. (1995). Issues in the taxonomy of psychopathology in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 25, 143-67.

Einfeld S. L. & Tonge B. J. (1999). Observations on the use of the ICD-10 guide for mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research* 43, 408-12.

Jopp D. A. & Keys C. B. (2001). Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *American Journal on Mental Retardation* 106, 416-33.

Matson J. L. (1986). Self-injury and its relationship to diagnostic schemes in psychopathology. *Applied Research in Mental Retardation* 7, 223-7.

O'Brien (2003). The classification of problem behaviour in DC-LD. *Journal of Intellectual Disability Research* 47 (Suppl. 1), 000-000.

Reid A. H. (1983). Psychiatry of mental handicap: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 76, 587-92.

Reiss S. (1993). Assessment of psychopathology in people with mental retardation. In: *Psychopathology in the Mentally Retarded*, 2nd edn (eds J. L. Matson & R. P. Barren), pp. 17-40. Allyn & Bacon Inc., Boston, MA.

Reiss S. (1994). Psychopathology in mental retardation. In: *Mental Health in Mental Retardation: Recent Advances and Practices* (ed. N. Bouras), pp. 67-78. Cambridge University Press, Cambridge.

Reiss S., Levitan G. W. & Szyszko J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency* 86, 567-74.

Reiss S. & Szyszko J. (1983). Diagnostic

overshadowing and professional experience with mentally retarded people. *American Journal of Mental Deficiency* 87, 396-402.

Reiss S. & Trenn E. (1984). Consumer demand for outpatient mental health services for mentally retarded people. *Mental Retardation* 22, 112-5.

Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD [Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorder for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation]. Gaskell Press, London.

Russell A. T. (1985). The mentally retarded, emotionally disturbed child and adolescent. In: *Children with Emotional Disorder and Developmental Disabilities: Assessment and Treatment* (ed. M. Sigman), pp. 111-35. Grune & Stratton, Orlando, FL.

Rutter M. & Gould M. (1985). Classification. In: *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (eds M. Rutter & L. Hersov), pp. 304-21. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Sovner R. (1986). Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/ mentally retarded people. *Psychopharmacology Bulletin* 22, 1055-9.

Sovner R. & DesNoyers Hurley A. (1986). Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded people. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews* 5, 45-8.

Sovner R. & Lowry M. A. (1990). A behavioural methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation. *Habilitative Mental Health Care Newsletter* 9, 55-61.

Sturme P. (1995a). DSM-III-R and people with dual diagnoses: conceptual issues and strategies for future research. *Journal of Intellectual Disability Research* 39, 357-64.

Srurmev P. (1995b). Diagnostic-based pharmacological treatment of behaviour disorders in people with developmental disabilities: a review and a decision-making typology. *Research on Developmental Disabilities* 16, 235-52.

Srurmev P. (1999). Classification: concepts, progress and future. In: *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation* (ed. N. Bouras.), pp. 3-17. Cambridge University Press, Cambridge.

Sushinsky L. W. & Werner R. (1975). Distorting judgements of mental health. *Journal of Nervous and*

Mental Disease 161, 82-9.

Szymanski L. S. (1988). Integrative approach to diagnosis of mental disorders in retarded people. In: *Mental Retardation and Mental Health: Classification, Diagnosis, Treatment, Services* (eds J. Stark, F. Menolascino, M. Albourelli & V. Gray), pp. 124-39. Springer-Verlag, Berlin.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los numerosos colaboradores del proceso de desarrollo del DC-LD, descrito en este artículo, y a la Sra. Isobel Hodge por haber mecanografiado el manuscrito.

Correspondencia: Sally Ann-Cooper, Section of Psychological Medicine, Division of Community Based Sciences, Universidad de Glasgow, Academic Center, Gartnavel Royal Hospital, 1055 Great Western Road, Glasgow G12 0XH, UK (e-mail: SACooper@clin-med.gla.ac.uk.).